

Conséquences pour l'enfant des troubles psychiatriques maternels du post-partum

Diane Purper-Ouakil *

L'existence d'une psychopathologie chez les parents augmente le risque pour l'enfant de développer des troubles mentaux au cours de son développement. Étant donné l'origine multifactorielle des troubles mentaux, une partie de ce risque peut être le fait d'une vulnérabilité génétique, mais les difficultés des parents peuvent également s'accompagner d'une dégradation des conditions de vie familiale et tout particulièrement d'une altération des interactions parent-enfant.

Psychopathologie parentale et interactions précoces

Les troubles mentaux survenant chez les mères au cours de la période périnatale sont susceptibles d'interférer avec la mise en place des premiers liens affectifs avec leur nourrisson. Or, les travaux concernant le processus d'attachement ont montré combien la qualité de ces liens était importante, particulièrement chez

le nourrisson humain qui dépend de son environnement pour la satisfaction de ses besoins primaires et qui a un développement post-natal prolongé. L'attachement décrit par Bowlby est un système relationnel qui comprend chez le nourrisson et le jeune enfant un ensemble de répertoires comportementaux naturels destinés à favoriser l'instauration d'un lien particulier avec les adultes nourriciers qui assurent en retour la survie de l'enfant.¹ Un enfant qui a développé des liens d'attachement peut compter sur une « base de sécurité » qui est petit à petit intériorisée en termes de modèle mental (« le modèle interne opérant »). C'est à ce modèle, qui se forgerait durant les cinq premières années de sa vie, que l'enfant compare ses expériences sociales. L'attachement, en instaurant une régulation dyadique des émotions, permet ainsi, au cours du développement, le passage d'un système de régulation externe à un système de régulation interne.

La séquence développementale des interactions précoces commence par le préattachement du nourrisson qui se caractérise par des cris, des regards, des comportements d'agrippement. Chez le tout-petit, ce répertoire de comportement ne s'adresse à personne en particulier, mais dès

l'âge de 3 mois, le sourire commence à être dirigé vers l'adulte familial. Entre 6 et 8 mois, les comportements d'attachement deviennent plus explicites ; l'enfant montre des préférences et cherche le réconfort auprès des adultes qui s'occupent de lui.

Parallèlement aux comportements observés chez l'enfant, l'adulte nourricier développe une forme de communication qui favorise le développement des liens d'attachement. Il s'agit de la « danse interactive » ou « synchronie » (*attunement*).

L'adulte initie l'échange ou répond aux sollicitations de l'enfant en adoptant une mimique particulière (exagération de la joie, de la surprise...) et un ton de voix aigu et mélodieux. Dans ce type d'interactions, l'adulte emploie un langage simplifié, c'est le « parler bébé ». Dans les relations de synchronie, il existe une alternance harmonieuse dans les échanges. Dans ce cas, l'adulte va s'adapter aux signaux émis par l'enfant ; par exemple, il interrompt ou module l'intensité de l'échange quand l'enfant, lassé, détourne le regard. La synchronie semble un paramètre important pour le développement du langage et des capacités cognitives. Ainsi, l'interruption de la « danse interactive » ou l'exposition d'un nourrisson à des mimiques non synchronisées (visage inexpressif ou mimiques

La prévalence de la dépression du post-partum est estimée entre 2 et 6 % pour les dépressions majeures, et 6 à 10 % pour les dépressions mineures.⁵ L'incidence est maximale vers la 6^e semaine suivant la naissance.

Le début de l'épisode est le plus souvent insidieux, dans les semaines qui suivent l'accouchement ; certaines dépressions du post-partum peuvent survenir plus tardivement, dans l'année qui suit. Parfois, l'épisode se présente comme la prolongation d'un blues du post-partum.

Le tableau clinique à la phase d'état peut revêtir des formes variables, notamment dans son intensité : depuis des formes légères (avec le risque qu'elles ne soient pas diagnostiquées et persistent durablement) jusqu'à des épisodes dépressifs majeurs.

Certains signes cliniques sont considérés comme spécifiques : la mère se sent incapable physiquement de répondre et de s'adapter aux besoins de son enfant, n'éprouve pas de plaisir à lui prodiguer des soins ; certaines mères éprouvent l'angoisse majeure d'être poussées par une force intérieure irrésistible à faire du mal à l'enfant (phobies d'impulsion), ce qui les conduit à éviter les contacts avec l'enfant et à chercher à le confier à l'entourage. La mère se montre irritable et agressive envers le père ou les autres enfants.

D'autres sont dépourvus de spécificité : abattement, labilité de l'humeur, crises de larmes, asthénie physique et intellectuelle, perte des intérêts, troubles du sommeil, plaintes somatiques, anticipation anxieuse du registre hypocondriaque, troubles de la mémoire et de la concentration.¹

* Service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, hôpital Robert-Debré, 75935 Paris cedex 19 ; Inserm U 894, centre psychiatrie et neurosciences, hôpital Sainte-Anne, 75014 Paris. diane.ouakil-purper@orange.fr

en contradiction avec le contexte) provoque une activation du système nerveux parasympathique et un désengagement relationnel. Les troubles mentaux des figures d'attachement, tout particulièrement la dépression post-natale et les troubles psychotiques du post-partum, peuvent rendre l'adulte émotionnellement et physiquement moins disponible pour l'enfant. L'impact de ce manque de disponibilité psychique peut se trouver aggravé par d'autres facteurs de risque, tels que l'isolement de la famille, une précarité, un manque d'accès aux soins, l'exposition prénatale à des toxiques, à rechercher dans toute évaluation clinique de psychopathologie post-natale. Un style d'attachement particulier a été rattaché à un manque de sensibilité parental aux comportements du bébé. Il s'agit de l'attachement insécure-désorganisé (ou attachement de type D) qui se caractérise par la difficulté pour l'enfant à adopter une stratégie cohérente (il a des comportements contradictoires vis-à-vis des figures d'attachement).² Les enfants montrant ce type d'attachement se caractérisent par des difficultés de régulation émotionnelle. Les interactions sont instables, avec une alternance entre des moments d'excitation et de repli.

Dépression post-natale et stress relationnel précoce

Dans certains cas, l'existence d'un trouble mental non seulement empêche le parent de jouer son rôle de régulateur externe vis-à-vis de l'enfant, mais devient, au contraire, une source

de stress pour l'enfant. Ces interactions traumatiques pourraient compromettre le développement des structures cérébrales impliquées dans la régulation émotionnelle, les relations sociales, et favoriser des stratégies de *coping** inopérantes lors de stress ultérieurs. Les attitudes parentales le plus souvent incriminées dans le stress relationnel précoce comprennent un spectre assez large incluant la maltraitance physique et émotionnelle, l'imprévisibilité et l'incohérence des relations, les attitudes de critique permanente, les tensions dans les relations familiales, mais aussi les attitudes de surprotection. La dépression maternelle compromet la synchronie et la sensibilité aux besoins de l'enfant et augmente le risque d'attachement désorganisé.³

Dans des situations d'interaction inappropriée, le nourrisson développe deux types de réactions, reproduites en situation expérimentale sur des primates. Une première phase d'hyperexcitabilité (*hyperarousal*) avec une libération massive de catécholamines et de cortisol est suivie par une phase de dissociation ou de désengagement relationnel caractérisée par une libération d'endorphines, une activation parasympathique et une augmentation du tonus vagal. Ce mécanisme pourrait être engagé ultérieurement devant des situations de stress, compromettant ainsi l'accès à des stratégies plus opérantes, telles que le partage d'expériences et la

* De l'anglais *to cope* : faire face. Le terme désigne l'ensemble des processus par lesquels une personne cherche à s'adapter à une situation éprouvante.

coopération sociale. L'exposition itérative à des traumatismes relationnels précoces et sévères pourrait aussi favoriser une vulnérabilité aux stress ultérieurs via des modifications de l'axe corticotrope, des neuropeptides et des circuits corticolimbiques.

Le repérage des dépressions pré- et post-natales est important du fait de ses conséquences potentielles sur les relations d'attachement et le développement de l'enfant. En dehors des traitements ciblant les symptômes dépressifs, des interventions de psychologie communautaire centrées sur la dyade mère-enfant ont récemment montré des résultats encourageants.⁴

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

RÉFÉRENCES

1. Bowlby J. Attachment and Loss. New York: Basic Books, 1982.
2. Main M. Introduction to the special section on attachment and psychopathology: overview of the field of attachment. J Consult Clin Psychol 1996;64:237-43.
3. Mills-Koonce WR, Garipey JL, Sutton K, Cox MJ. Changes in maternal sensitivity across the first three years: are mothers from different attachment dyads differentially influenced by depressive symptomatology? Attach Hum Dev 2008;10:299-317.
4. Van Doesum K, Riksen-Walraven J, Hosman CM, Hoefnagels C. A randomized controlled trial of a home-visiting intervention aimed at preventing relationship problems in depressed mothers and their infants. Child Dev 2008;79:547-61.

Ils s'accompagnent souvent d'un retentissement fonctionnel sensible dans les activités quotidiennes.

La durée de l'épisode de dépression du post-partum est variable : les formes peu intenses, essentiellement liées à des difficultés d'ajustement transitoire, se résoudraient spontanément en 3 à 6 mois ; certaines formes plus sévères sont encore évolutives, pour la moitié d'entre elles, 1 an après la naissance. Un épisode de dépression du post-partum peut récidiver lors d'une grossesse ultérieure dans 30 à 50 % des cas.

Certaines dépressions du post-partum peuvent évoluer sur un mode chronique ou récurrent, parfois jusqu'à la scolarisation de l'enfant. Enfin, la dépression du post-partum peut être inaugurale d'un trouble dépressif récurrent.

Autres troubles psychiatriques rencontrés dans le post-partum

Outre le blues et la dépression, les autres troubles psychiatriques rencontrés dans le post-partum et qui peuvent en constituer des diagnostics différentiels sont présentés dans le tableau 2.^{1, 6, 7}

Prise en charge thérapeutique

Prise en charge du blues

Le blues du post-partum est dépourvu de gravité s'il disparaît dans les 10 jours suivant la naissance. Proposer soutien et écoute à la mère paraît logique. S'il se prolonge, il doit être rééva-